

*Estrategias de cambio organizacional: la Gestión de Calidad en los hospitales del
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*

Lic. Diana Gómez

Introducción

En los últimos años se han llevado a cabo diferentes políticas o proyectos tendientes a reformar la gestión de las organizaciones de servicios de salud. La presente ponencia tiene como objetivo analizar propuestas de cambio en el ámbito de los hospitales públicos del G.C.B.A., considerando el impacto del modelo de Gestión de Calidad y como el mismo influye en los recursos humanos.

Es interesante comprender que si bien a todas las organizaciones, tanto públicas como privadas, su interacción con el contexto les exige cambiar, también es cierto que las primeras de las nombradas suelen ser resistentes al cambio o mejor dicho se unen una serie de factores que exacerban esta falta de adaptación.

Para alcanzar esta transformación la gestión cuenta con una importante herramienta: el desarrollo organizacional, entendido como un conjunto de acciones específicamente definidas para diseñar, implementar y hacer el seguimiento de un proceso de cambio. Su principal objetivo es solucionar problemas detectados en la productividad del trabajo o conflictos a nivel del clima laboral.

Cabe remarcar que de parte de diversos actores la demanda sobre alcanzar más y mejores servicios es constante. En este sentido la salud no está fuera de este parámetro, por el contrario, enfrenta una serie de cambios, numerosos y diversos, que la enfrentan a una serie de desafíos.

La presente ponencia se organiza de la siguiente manera: en primer lugar realizaré una breve descripción sobre las características de las organizaciones de servicios de salud, así como los desafíos que éstas han tenido que enfrentar en los últimos 30 años. Como segundo punto analizaré el significado de la Gestión de Calidad para el sector salud, y como éste modelo se lleva a la práctica a través del Programa de Gestión de Calidad del G.C.B.A. y de los comités hospitalarios, para lo cual se tomará la experiencia del Hospital General de Agudos José M. Penna, a partir de observar diversas prácticas implementadas.

Por último brindaré una serie de propuestas con el fin de fortalecer las mejoras realizadas, con la intención de la construcción más que de la destrucción, propia de las intervenciones que se llevan a cabo en el ámbito público.

1. Las organizaciones de servicios de salud: características y desafíos presentes y futuros.

El desarrollo teórico de H. Mintzberg y su descripción sobre el funcionamiento de las Burocracias Profesionales es un punto de partida para comprender las relaciones de poder y conflicto que se originan en las organizaciones de servicios de salud. Este tipo de estructura se caracteriza por tener un núcleo operativo (entendida como la parte básica de toda organización cuya principal función es la transformación de los insumos en productos o servicios) conformado por profesionales que trabajan de manera independiente entre sí, con un alto grado de autonomía y en estrecha relación con su cliente. En el caso a analizar son los médicos, técnicos y personal de enfermería y sería un ejemplo de esta independencia la ya conocida relación médico-paciente, la cual se construye a partir de una sensación de seguridad y confianza que el profesional debe brindarle a la persona en la consulta.

Otra parte de la organización es la línea media, que en este caso no se encuentra muy desarrollada producto de la gran autonomía de los profesionales y que cumple una función de coordinación, más que de control y supervisión del núcleo operativo. Por ejemplo los jefes de servicios.

En este tipo de organizaciones la cumbre estratégica tiene como principal tarea ocuparse de la resolución y manejo de los conflictos y mantener un contacto permanente con el medio ambiente de manera de garantizar que se den las condiciones necesarias para que los profesionales puedan cumplir con su tarea. Otra parte es la tecnoestructura conformada por las Universidades que formaron a los profesionales, los colegios profesionales, los organismos de control y regulación como el Ministerio de salud a nivel jurisdiccional como nacional, la OMS, la OPS, etc.

Por último un staff de apoyo, cuya principal función es trabajar al servicio del núcleo operativo, en este caso con casi ningún margen de libertad y autonomía, procurando que se

den las condiciones para que los profesionales puedan desarrollar su actividad con total tranquilidad y fluidez.

Es importante remarcar que si bien este conjunto de profesionales tiene un alto grado de autonomía, los mismos deben cumplir con una serie de reglas y normas que condicionan su comportamiento, las cuales les fueron transmitidas en el transcurso de su formación y durante el ejercicio de su profesión por la tecnoestructura. Es la existencia de este conjunto de reglas y normas profesionales las que convierten a este tipo de organizaciones en burocráticas, garantizando la coordinación de las tareas.

Otra cuestión relevante es la referida al staff de apoyo, como se mencionó no tiene ningún nivel de autonomía, al contrario su funcionamiento se asemeja más a otro tipo de configuración estructural: la BUROCRACIA MECANICA, la cual refleja con mayor claridad las características propias de las organizaciones tradicionales.

Esta manera de funcionar, que le brinda a los profesionales un alto índice de motivación, tiene una serie de problemas, de los cuales me interesa profundizar sobre uno en especial. Mintzberg los califica en:

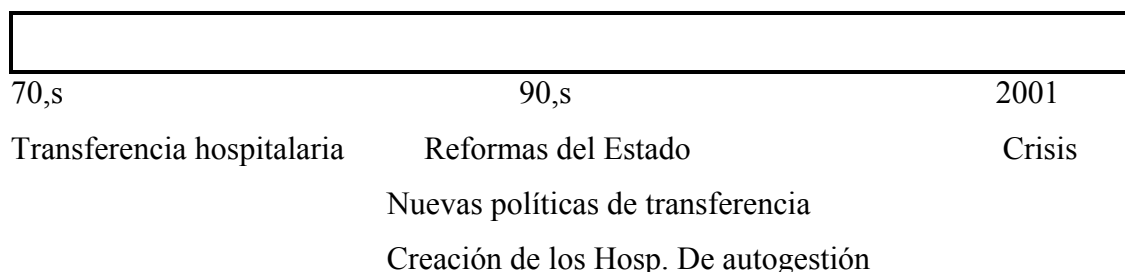
1. Problemas de discrecionalidad:
2. Problemas de innovación:
3. **Problemas de coordinación:** Estos problemas se dan tanto entre el núcleo operativo y el staff de apoyo, así como entre los mismos profesionales. La relación entre los profesionales y el personal administrativo es particularmente conflictiva. Leyes de compras, armado de historias clínicas, procedimientos para facturación, pedido de insumos, etc. son todos procedimientos que los administrativos deben realizar pero que tienen su origen en la tarea de los profesionales, y estos últimos tienden a negar este hecho prestándole poca atención a la faz administrativa de su tarea.

Existe en este tipo de organizaciones la percepción de que hay trabajadores de primera categoría (los profesionales) y de segunda (los administrativos) y esto refuerza la falta de coordinación y colaboración. Los trabajadores administrativos sienten que los controles, las normas, los procedimientos sólo recaen sobre ellos y los profesionales están exentos de su cumplimiento. Consultados los empleados administrativos del Hospital Penna acerca de si consideran que existen diferencias en las condiciones

laborales del personal administrativo y del personal médico, el 78% responde afirmativamente y consultados sobre el principal problema del hospital el 40% considera que la falta de coordinación entre médicos y administrativos es el principal obstáculo para la gestión, seguido por la falta de recursos (mencionado por un 38%).

En síntesis, las Burocracias Profesionales, como todas las organizaciones burocráticas, carecen de una visión sistémica, y de reconocimiento de la interdependencia que cada miembro tiene del resto, y esto afecta el logro de los resultados.

Este problema se torna crucial a la luz de los cambios que las organizaciones de servicios de salud tienen que enfrentar. En este sentido cabe mencionar que las organizaciones del subsistema público además de atravesar cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos, financieros, organizacionales, etc., han tenido que enfrentar un profundo proceso de reforma del aparato estatal, en donde podrían considerarse como relevantes los siguientes momentos:



Cada uno de estos momentos ha significado para los hospitales públicos nuevas situaciones en donde los recursos son cada vez más escasos y las demandas de la sociedad son cada vez mayores, por lo tanto, en un contexto de éstas características lograr mayor grado de coordinación entre las áreas permitirá mejorar los resultados alcanzados.

2. La Calidad en salud: alternativa para el cambio

El concepto calidad ha sido analizado y ha evolucionado a lo largo del tiempo, y en el caso de la salud es un principio rector que ha guiado por un lado el ejercicio profesional así como la forma de organizar las entidades prestadoras de dicho servicios.

En líneas generales, el modelo no sólo le da un gran énfasis a los aspectos relacionados con la educación continua del personal, sino también el uso de herramientas que permitan recabar información sobre la marcha de los procesos. Otra idea fundamental es el aprendizaje sobre como los procesos parciales se articulan entre los clientes internos para producir algo capaz de satisfacer al cliente externo, o de superar sus expectativas.

Ahora bien, cuando se incorpora la idea de Gestión de Calidad en salud se debe tener en cuenta los diferentes servicios que están relacionados con la actividad, principalmente porque tal diversidad marca que algunos de estos servicios se asemejan a los servicios que se desarrollan en otras ramas de actividad, y otros no, y en cierto modo refuerzan la necesidad de poseer una visión integral sobre lo que se realiza en el hospital. A su vez algunas características de la salud y la prestación de servicios ¹, en cierto modo condicionan y le agregan un marco de complejidad.

Más allá de estas particularidades en el ámbito de la salud, el modelo de calidad se presenta como una alternativa válida para plantear un cambio en la gestión organizacional en la medida que intenta romper con los esquemas de las organizaciones tradicionales, enfocándose por sobre todas las cosas en una visión y una perspectiva sistémica acerca del funcionamiento del hospital. Es importante remarcar que el modelo se convierte en el impulsor del cambio en tanto prioriza por un lado la respuesta rápida y acorde a las expectativas que los ciudadanos/clientes tienen sobre la organización y por otro la satisfacción de las necesidades de los clientes internos.

3. Programa de Gestión de Calidad del G.C.B.A.: Antecedentes, principios rectores, relación con los hospitales

En el ámbito de la ciudad se ha desarrollado el Programa de Gestión de Calidad, que ha sido el encargado de incorporar el concepto en la gestión hospitalaria. Carece de una estructura formal orgánico-funcional, y esto ha sido uno de los principales obstáculos que ha tenido que enfrentar a lo largo de su historia. No obstante, es importante remarcar que más allá de los cambios y las variaciones políticas recurrentes la evolución del programa ha sido siempre de ascenso y crecimiento tanto de las acciones presentadas como de los

¹ Se desarrolla en un mercado de reducida competitividad, el servicio es brindado por un grupo heterogéneo de agentes y el usuario no es un consumidor común en tanto carece de conocimientos técnicos.

participantes e interesados en sus actividades, aunque hasta el momento no se visualizan cambios muy significativos.

Luego de tantos años de transitar por el sistema el programa define la calidad de atención como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional adecuado, que tenga en cuenta los recursos disponibles y logre la adhesión y satisfacción del usuario y del personal de salud a través de un proceso de planificación, evaluación y mejora de la gestión. Su propósito es promover un cambio cultural que permita acompañar el proceso de fortalecimiento del sistema público de atención de la salud.

Este cambio cultural se basa en los siguientes principios:

- ✓ Enfoque centrado en la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas, en este sentido se busca cambiar la actitud paternalista hacia las personas e incorporarlas como sujetos activos.
- ✓ Mejora continua.

El programa tiene dos instancias de actuación: un nivel central, constituido por el grupo denominado Comisión Central de Gestión de Calidad (CCGC) que tiene a su cargo la gestión del programa, y un nivel descentralizado formado por los Comités de Gestión de Calidad en los establecimientos asistenciales (CGCH).

La dinámica propuesta por el programa consiste en utilizar mecanismos que permitan ir afianzando cambios parciales en la organización, es por esto que lo que se plantea es ir conformando microculturas capaces de modificar la forma en que se hacen las cosas. En este sentido las principales estrategias tendientes a llevar a cabo el cambio son las que el programa denomina: grietas y efecto placenta.

La primera de las nombradas parte de la idea de que todo cambio comienza por la iniciativa de un emprendedor interno, que en su ámbito de trabajo comenzó a desarrollar una tarea de mejora aplicando criterios de calidad. A esta dinámica se la denomina “grietas” en alusión a que el avance se realiza por donde y como lo permite la realidad enfrentando o rodeando los obstáculos y llegando hasta donde se pueden hacer cosas o se agote la energía de los protagonistas.

La segunda estrategia relacionada es el “efecto placenta” según el cual lo generado como emprendedor tiene dos cordones umbilicales, el más amplio que es el que genera

interdependencia con las autoridades y el segundo que es la relación con el ambiente externo (OPS, Premio a la Calidad, Consejos Profesionales, etc.) Ambos permiten generar una masa crítica que con el tiempo lograrán cambiar el sistema. Si bien dentro de las pautas de funcionamiento se deja expresada la importancia de fomentar la participación de cualquier agente de la institución y de la comunidad de influencia, en la mayoría de los casos, los comités están conformados en casi un 80% por médicos, técnicos o profesionales en general. Prácticamente no participan representantes del sector administrativo, como se observa en el siguiente cuadro.

Cantidad y porcentaje de personal en los Comités de Gestión de Calidad Hospitalaria según ocupación (2006)

Ocupación	Cantidad	Porcentaje
Profesionales de la salud	268	78,59%
Administrativos	28	8,21%
Técnicos en salud	18	5,28%
Otros profesionales	14	4,11%
Otros técnicos	9	2,64%
Operarios serv. Generales	4	1,17%
Total	341	100,00

Fuente: Calidad en Salud Diez años, Programa de Gestión de Calidad del G.C.B.A.

Los resultados alcanzados entre hospitales son muy dispares, y aún ninguno ha planteado un proyecto que abarque a toda la institución.

Cantidad de hospitales que han presentado proyectos para el premio:

Año 2003 11
Año 2004 8
Año 2006 8

4. Hospital General de Agudos “DR. JOSE M. PENNA”

4.1 Sus características y funcionamiento

El Hospital cuenta con una dotación de 302 camas. La mayor parte de la población que se atiende en el establecimiento son habitantes de la zona sur y sudoeste de la Ciudad y de la Villa 21 que se encuentra aledaña al mismo, además del caudal muy importante que arriba del conurbano bonaerense. Del total de pacientes que atienden el 80% es de la Provincia de Buenos Aires.

Dentro de su área programática hay ubicados seis centros de salud, además de algunos consultorios barriales.

Si bien cuenta con todas las especialidades, la más requerida es el servicio Materno Infantil siendo el segundo hospital, dentro de la Ciudad de Buenos Aires, que realiza la mayor cantidad de partos y cesáreas anualmente.

Posee una dotación total de 1500 personas, siendo sólo 137 personal administrativo y el resto está compuesto por médicos, enfermeros, licenciados en kinesiología, nutrición, técnicos en radiología, etc.

De las 137 personas, un 68% tiene una antigüedad promedio de 20 años. El 32% restante tiene sólo 1 año de antigüedad y han ingresado por concurso aunque se priorizó en el ingreso a los familiares de los trabajadores del hospital.

Del total del personal administrativo, sólo 5 personas tienen título de nivel terciario, el resto tiene aprobado el nivel medio o el ciclo básico (es decir, tiene aprobado los 3 primeros años del nivel medio).

A su vez, hace 5 años, a partir de la implementación del Plan Jefes y Jefas de Hogar, se han incorporado 33 personas, que en su mayoría realizan actividades de atención al público. Ninguna de estas personas tenía experiencia en dicha tarea y el hospital no realizó ningún tipo de capacitación al respecto, sino que al igual que los ingresantes del último año, estas personas han aprendido a realizar su trabajo en el mismo ámbito de desarrollo. Cabe aclarar que durante el 2007 y por un Decreto del Jefe de Gobierno las personas que realizaban tareas dentro del mencionado Plan, fueron incorporadas a las Planta haciendo uso del decreto 948/2005.

Con la intención de mejorar la gestión de este tipo de organizaciones dejando bien delimitadas las tareas que son administrativas de las médicas, fue creada la figura del ARD quitando un poco el peso de las decisiones administrativas al director del hospital quien generalmente carece de los conocimientos para poder tomar decisiones de ésta índole.

No hay dentro del ámbito del hospital un departamento, sección o área que realice tareas relacionadas con el desarrollo de los recursos humanos ya que básicamente el Departamento de Recursos Humanos se encarga de las tareas propias de la administración, es decir, manejo de legajos, altas, bajas, etc., con excepción de la tarea docente que realizan los médicos o alguna capacitación a cargo del Comité de Gestión de Calidad, del cual hablaré más adelante.

4.2 Comité de Calidad del Hospital Penna: Su gestión

El comité comenzó a funcionar en 1996. Desde 2004, y a partir de la validación solicitada por la Comisión Central el Comité se reconfiguró y comenzó a trabajar con más fuerza. Durante el 2005 cuando el Comité logró la validación² estaba compuesto por 11 integrantes, de los cuales sólo 1 era un empleado administrativo. Actualmente lo conforman 6 profesionales, entre médicos, kinesiólogos, enfermeros, sin contar con un representante del área administrativa.

Además de los miembros estables se trabaja con “contactos” que son aquellas personas invitadas a trabajar en actividades específicas.

Las actividades que realizan, están agrupadas, por un lado, por aquellas acciones solicitadas por la Subdirección o por el Comité Central y por otro las generadas por el mismo comité.

En el primer caso, el comité ha trabajado en los siguientes temas:

- Diagnóstico sobre la comunicación en el hospital
- Señalética (sobre este tema han presentado un trabajo en las jornadas sobre Gestión de Calidad en el 2002)
- Consultorios Externos
- Aceptabilidad de médicos de cabecera.

² Los criterios de validación son: Enfoque en el usuario, Liderazgo, Las tareas y el sistema de recursos humanos, Planificación, Mejora de procesos, Resultados.

Respecto a las tareas que se solicitan por la Comisión, durante el año 2007 se trabajó con una encuesta de satisfacción de los usuarios, cuyos parámetros fueron establecidos por la Comisión. Desde hace 4 años organiza cursos sobre calidad, dirigido a todos aquellos que quieran participar, por lo tanto no son obligatorios y la presencia de los participantes está supeditada al interés que cada trabajador presente. En líneas generales, los cursos han tratado temas relacionados con la mejora en las relaciones interpersonales (como por ejemplo, herramientas de calidad, resolución de conflictos, negociación, etc.) Si bien desde el año 2003 existe el Premio a la Calidad el hospital no ha presentado trabajos, quienes conforman el comité consideran que esto es producto, por un lado de falta de interés, y por otro, por fallas propias en la difusión.

El principal obstáculo para su funcionamiento es que al igual que el resto de los comités, sus miembros realizan acciones voluntarias, dedicando horas de su propio tiempo.

A diferencia de otros comités, en el Hospital Penna el apoyo y el interés de la Dirección Médica en las actividades que se realizan es alto, no así con el área administrativa. Por un lado es interesante remarcar que en la encuesta realizada al personal administrativo se le ha preguntado si conoce las actividades que desarrolla el Comité y el 63,65% las desconocía.

El 27,25% restante que sí conocía el Comité, había participado de manera voluntaria básicamente en las capacitaciones (sólo 2 personas habían formado parte del mismo en algún momento) pero el 90% considera que lo aprendido es de poca aplicabilidad en su trabajo.

Según los miembros del comité, no se ha logrado trabajar integralmente con el resto de los comités del hospital, como por ejemplo, el de ética o el de infecciones, tal vez porque su peso en la estructura del hospital no es la misma que la del resto..

Analizando las acciones llevadas a cabo tomando como marco teórico, por un lado, el modelo de desarrollo organizacional de Likert el cual parte de la definición de **variables causales** (son las que la dirección puede modificar directamente), **variables intervinientes** (son las inmediatamente afectadas por las variables causales) y **variables de resultado** (son los objetivos que persigue la dirección, es decir la razón de ser por la cual se llevó a cabo el proceso de cambio), y por otro lado, las principales puntos de cambio que propone la Gestión de Calidad, se puede observar lo siguiente:

Variables Causales:

- Procesos de trabajo: Se realizan los mismos procedimientos, hace casi 20 años en algunos casos. Se observa una sujeción de las necesidades a la normativa vigente.
- Capacitación: En los cursos organizados por el comité participa un reducido número de personal médico y administrativo. Se analizan aspectos muy generales, sin garantizar una aplicabilidad de los contenidos.
- Estadística: Existen indicadores de gestión (giro cama, morbilidad institucional, costos) pero no indicadores que analicen la oferta (estructura, características del personal, procesos). A su vez no son muy difundidos.
- Mecanismos de escucha/voz del usuario: No existe en el hospital un órgano en el cual participen miembros de la comunidad. Se han realizado encuestas pero las mismas no son consideradas confiables por quienes las confeccionan. No se evidencia un trabajo del comité con los centros de salud dependientes del hospital.
- Articulación entre áreas: Modelo por especialidades.

Variables Intervinientes:

- Comunicación entre áreas: Funcionan como compartimentos estancos.
- Relación con los pacientes: No existe evidencia sobre acciones concretas a este respecto.

Variables de resultado:

- Satisfacción del cliente: No existen datos que permitan evaluarla
- Satisfacción del cliente interno: No hay una política de recursos humanos que tienda a fomentar la motivación de los integrantes de la organización.

Los datos analizados permiten decir, que en el caso del hospital Penna, el implementar estrategias de cambio se ve obstaculizado por los siguientes factores:

- No existe en el ámbito del hospital, a pesar de la autonomía que le concede el decreto sobre hospitales de autogestión, una política de recursos humanos de la unidad de gestión.
- El comité de calidad no cuenta con el reconocimiento y apoyo necesario para plantear cambios de tamaño magnitud.
- Los beneficios de la calidad no son conocidos por un alto porcentaje del personal, por lo tanto no se dan las condiciones para que los mismos apoyen propuesta en este sentido.

- Las instancias de capacitación analizadas (comisión general, comité del hospital) no logran avanzar más allá del nivel cognitivo. Las personas experimentan un cambio porque conocen algo nuevo, pero luego no encuentran un espacio institucional en donde poder aplicar dicho conocimiento.
- Se observa en los propios órganos propulsores del cambio una falta de visión sistémica.

No obstante los datos provenientes de otras instituciones, permiten sostener que existe la posibilidad de implementar la modelo de Gestión de calidad de manera tal de alcanzar un cambio en la cultura organizacional en la medida que se conjuguen, los siguientes factores:

- Apoyo de los máximos niveles de conducción (tanto de la Dirección del Hospital como a nivel Ministerial)
- Sensibilización a todos el plantel del hospital
- Compromiso de los recursos humanos
- Consolidación de los cambio en la estructura del organismo.

5. Mejorar para cambiar: sugerencias a corto y largo plazo.

Para mejorar o garantizar mayor profundidad en los cambios, se requiere llevar a cabo diversas actividades. Algunas más concretas, de mediano y corto plazo, que afiancen las líneas de acción ejecutadas hasta el momento y otras más profundas y sustanciales que signifiquen un cambio estructural, obviamente pensando en el largo plazo.

A corto plazo y teniendo en cuenta las acciones concretas tanto de la Comisión Central como del Comité se presentan las siguientes alternativas de trabajo:

Respecto del Comité de Calidad del Hospital

- Afianzar la presencia del comité,
- Fomentar la participación del personal administrativo Para lograr esto sería interesante que el comité trabaje a partir del análisis y la posibilidad de mejora de un proceso concreto.
- Reformular las instancias de capacitación. Crear ciclos de menor duración, en donde se presenten temas más concretos y pensando en invitar a

representantes de los sectores involucrados en un proceso o tarea a mejorar. Tener en cuenta que se organiza un sólo curso al año para 20 personas y estamos hablando de una institución que cuenta con una planta de alrededor de 1500 personas, lo cual permite afirmar que el impacto de la capacitación no es muy alto.

- Incentivar la presentación de proyectos para el Premio a la Calidad.
- Difundir en el hospital los trabajos que se realizan a pedido de la Comisión General.
- Trabajar junto con las diferentes áreas en la construcción de indicadores, que permitan evaluar cuáles son los problemas y luego de implementadas acciones de mejora, poder confirmar si se produjo un cambio.

Respecto de la Comisión Central

- Ocupar un lugar en la estructura del Ministerio de Salud.
- Plantear acciones de integración, ya que cuando se analizan hechos concretos (representantes de las comisiones, temáticas e invitados a la capacitación, así como cantidad de cursos ofrecidos, principales referentes) se visualiza falta de visión sistémica y una profunda diferencia, en términos de Argyris, entre las teorías que abrazan y las teorías en uso.

A largo plazo propongo un proyecto de desarrollo organizacional que cambie las partes y las pautas de la organización, para alcanzar una gestión eficaz, abierta al aprendizaje y que por sobre todas las cosas valore los aportes que los individuos realizan a la organización y busque entender y satisfacer las necesidades de esos individuos. Por lo tanto hay que utilizar métodos y herramientas posibles para cambiar esa “percepción” negativa que las personas tienen con respecto al trabajo de otros.

Considero que el cambio radicaré en alcanzar un alto grado de sensibilización orientada a la lógica del cliente interno. Para que esto suceda se deberá trabajar previamente con las personas a partir de entender las diferencias existentes entre uno y otro sector. Comprender la distancia que existe entre una tarea administrativa, y la tarea asistencial que realiza el médico, en la cual medir los tiempos o el surgimiento de imprevistos tienen otras

consecuencias. Lo esencial y fundamental en esta primer etapa es el conocer para luego integrar, es decir tenemos que alcanzar un alto grado de respeto sobre las tareas del resto.

También, y a partir de este criterio, deberán desarrollarse este tipo de actividades con los jefes de áreas y servicios a fin de poder replicar el proyecto en toda la organización. Es interesante trabajar con las jefaturas porque son quienes pueden implementar en el día a día cambios en algunos procesos, o formas de hacer las cosas. Creo que para replicar el modelo es importante llevar a cabo una fuerte inducción con los residentes quienes además de desconocer las actividades profesionales, desconocen el funcionamiento de las organizaciones.

Esto nos lleva a hacernos otra pregunta esencial ¿Conoce el hospital las necesidades de sus “usuarios”? ¿sus servicios satisfacen las expectativas y necesidades de la comunidad que atienden? No es una pregunta menor sino la piedra angular de todo proceso de cambio como el propuesto, de lo contrario no se hará otra cosa más que cometer los mismos errores de siempre. A partir de esta pregunta se debe definir la misión y la visión de la organización, de las cuales se desprenderán todas las posibles acciones a llevar a cabo para alcanzar, como también pensar si los recursos humanos con los que cuenta la organización se adecuan al proyecto.

6. Conclusiones

De todos los datos e información analizada se desprenden 2 conclusiones:

1. Hay un acuerdo tácito sobre la necesidad de cambiar la gestión de los hospitales públicos,
2. Lo realizado hasta el momento en el ámbito del G.C.B.A. no ha logrado producir cambios muy significativos.

Las propuestas de cambio que se desarrollan en el G.C.B.A. quedan a mitad de camino porque en un ámbito en donde lo formal tiene mucho peso, ambas trabajan desde la informalidad.

En el caso del Programa de Gestión de Calidad, su posición en la estructura no le concede un lugar de privilegio. Además al no incorporar a otros actores no gana defensores de la propuesta. Esto se ve en el caso del comité de gestión de calidad del Hospital Penna, todo

funciona desde lo informal, la participación en los cursos es voluntaria, no se trabaja con el día a día, sino que se plantean temáticas muy generales que no permiten visualizar la utilidad de la propuesta para la institución, los jefes no incentivan a sus subordinados a que participen, en realidad no suelen participar ellos mismos.

No obstante otras experiencias demuestran que el cambio es posible siempre y cuando se plantee la necesidad y el apoyo desde los máximos niveles de conducción a las acciones a llevar a cabo para alcanzar los objetivos.

Esto nos remite a otro tema importante que es la falta de autonomía de los hospitales que les permita definir su política de recursos humanos a fin de alinear las acciones a la visión de la organización.

Más allá de todas las fallas de los programas y los grandes obstáculos que se deben enfrentar, es importante continuar y apoyar los cambios, siempre y cuando los mismos no tengan una postura “destructiva” sino “constructiva”. No se debe caer en el pesimismo y si pensar que en algún momento se podrá alcanzar un proceso de cambio estructural que redefina las reglas del juego, y permita una provisión de servicios eficiente pero por sobre todas las cosas eficaz, y que satisfaga tanto las demandas de la ciudadanía como los requerimientos técnicos que garanticen la excelencia.

Bibliografía

- ANSENJO, (2002): Las claves de la gestión hospitalaria**, Gestión 2000, Barcelona.
- BIANCONI, Z.(2007):** Calidad en Salud. Diez años de experiencia en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. www.buenosaires.gov.ar
- BELMARTINO, S. (1999): Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿quién será el árbitro?**, Lugar editorial, Buenos Aires.
- DAVIS, K. Y NEWSTROM, J. (1999):** “Administración del cambio” en **Comportamiento humano en el trabajo**. Mc Graw Hill.
- DIAZ, C. (2001): La empresa sanitaria moderna**, Fund. Isalud, Buenos Aires
- DEMIN G, W. EDWARDS (1989): Calidad, Productividad y Competitividad: La salida de la crisis**, Ed. Diaz de Santos.
- GONZALEZ G. (1998):** “Los Hospitales ante la reforma” en GONZALEZ G. y TOBAR F. (comp.) en **El Hospital en la Reforma**, Fund. Isalud, Buenos Aires.
- GORE, E. (2003), Conocimiento colectivo: la formación en el trabajo y la generación de capacidades colectivas**, Granica, Buenos Aires
- INGRAHAM, PATRICIA (1999):** “Administración de Calidad Total en las Organizaciones Públicas: perspectivas y dilemas”_ en “¿de Burócratas a Gerentes?; op.cit

MINTZBERG, H (1992): Diseño de organizaciones eficientes. Editorial El Ateneo, Argentina.

PASSOS NOGUEIRA, R. (2000): Perspectivas de la gestión de Calidad Total en los servicios de salud, OPS.

SESCOVICH ROJAS, SONIA (2006): “Mejorando las organizaciones: ¿Qué hemos aprendido?”, Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Nov. 7-10 Guatemala).

VARO, J. (1994): Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, Díaz de Santos.

Lic. Diana E. Gómez

Facultad de Ciencias Sociales - UBA

Carrera de Ciencia Política

Correo electrónico: dianaegomez@yahoo.com.ar

